



## Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г.

### Доклад Секретариата

1. В 1993 г., когда ВОЗ провозгласила проблему туберкулеза глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, закончился период длительного невнимания к этой проблеме во всем мире. Все последующие меры - принятие стратегии ДОТС; включение показателей, касающихся туберкулеза, в Цели тысячелетия в области развития; разработка и осуществление стратегии ВОЗ «Остановить туберкулез», лежащей в основе Глобального плана «Остановить туберкулез» на 2006-2015 гг.; и принятие резолюции WHA62.15 по профилактике туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью и борьбе с ним на Шестьдесят второй сессии Всемирной организации здравоохранения – способствовали ускорению темпов работы и расширению масштабов оказания помощи и борьбы с туберкулезом.

2. В мае 2012 г. государства-члены на Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения предложили Генеральному директору представить всеобъемлющий обзор глобальной ситуации в связи с туберкулезом на сегодняшний день, а также новые межсекторальные стратегические подходы и новые международные целевые показатели на период после 2015 г. на рассмотрение Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2014 г. через Исполнительный комитет<sup>1</sup>. Эта подготовительная работа проводилась с участием широкого круга партнеров, которые внесли значительный вклад в разработку этой новой стратегии, включая высокопоставленных представителей государств-членов, национальных программ борьбы с туберкулезом, технических и научных учреждений, финансовых партнеров и агентств по вопросам развития, гражданского общества, неправительственных организаций и частного сектора.

3. *Процесс.* Стратегическая и техническая консультативная группа ВОЗ по туберкулезу одобрила широкий и всесторонний характер консультативного процесса для разработки проекта стратегии. Он начался с проведения веб-консультации для нахождения путей усиления существующей стратегии и введения новых компонентов. В 2012 г. в рамках ежегодных совещаний национальных программ борьбы с

---

<sup>1</sup> Документ WHA65/2012/REC/3, протокол десятого заседания Комитета В, раздел 3.

туберкулезом каждое региональное бюро организовало консультации по предлагаемой новой стратегической концепции и целевым показателям с работниками министерств здравоохранения, руководителями национальных программ борьбы с туберкулезом и партнерами. В ноябре 2012 г. представители стран с высоким бременем туберкулеза обсудили проект стратегической концепции вместе с 700 представителями заинтересованных сторон, принимавшими участие в работе ежегодной Всемирной конференции по здоровью легких, которая состоялась в Куала-Лумпуре, Малайзия. В 2013 г. были организованы три специальные консультации с участием ответственных представителей государств-членов, технических экспертов и гражданского общества для обсуждения (i) вопросов разработки целевых показателей в отношении туберкулеза на период после 2015 г.; (ii) подходов к использованию возможностей, возникающих в результате расширения всеобщего охвата услугами здравоохранения и обеспечения социальной защиты для усиления мер лечения и профилактики туберкулеза; и (iii) научных исследований и инноваций для улучшения ситуации в области оказания помощи при туберкулезе, борьбы с ним и элиминации этой болезни. В июне 2013 г. Стратегическая и техническая консультативная группа по туберкулезу утвердила этот проект, включая глобальные целевые показатели и их обоснование.

4. Концептуальная основа проекта глобальной стратегии борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. представлена на Рисунке 1.

**Рисунок 1. ПРОЕКТ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ОСНОВЫ СТРАТЕГИИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ПЕРИОД ПОСЛЕ 2015 г.**

<b>ПЕРСПЕКТИВНОЕ ВИДЕНИЕ</b>	Мир, свободный от туберкулеза – нулевой уровень смертности, заболеваемости и страданий от туберкулеза
<b>ЦЕЛЬ</b>	Остановить глобальную эпидемию туберкулеза
<b>КОНТРОЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА 2025 г.</b>	– снижение смертности от туберкулеза на 75% (по сравнению с 2015 г.); – снижение заболеваемости туберкулезом на 50% (менее 55 случаев туберкулеза на 100 000 населения) – Ни одна из пострадавших семей не несет катастрофических расходов в связи с туберкулезом
<b>ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА 2035 г.</b>	– снижение смертности от туберкулеза на 95% (по сравнению с 2015 г.) – снижение заболеваемости туберкулезом на 90% (менее 10 случаев туберкулеза на 100 000 населения) – Ни одна из пострадавших семей не несет катастрофических расходов в связи с туберкулезом

**ПРИНЦИПЫ**

1. Руководство и ответственность со стороны государства, проведение мониторинга и оценки
2. Тесное сотрудничество с организациями гражданского общества и местным населением
3. Защита и соблюдение прав человека, этических норм и принципа справедливости
4. Адаптация стратегии и целевых показателей на страновом уровне при глобальном сотрудничестве

**БАЗОВЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ И КОМПОНЕНТЫ****1. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ПАЦИЕНТА**

- A. Ранняя диагностика туберкулеза, включая всеобщее тестирование на лекарственную чувствительность; и систематический скрининг лиц, находившихся в контакте, и групп повышенного риска
- B. Лечение всех лиц с туберкулезом, включая туберкулез с лекарственной устойчивостью; и поддержка пациентов
- C. Совместные меры борьбы с туберкулезом/ВИЧ и ведение сопутствующих заболеваний
- D. Профилактическое лечение лиц, подвергающихся повышенному риску; и вакцинация против туберкулеза

**2. СИЛЬНАЯ ПОЛИТИКА И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ СИСТЕМЫ**

- A. Политическая поддержка с адекватными ресурсами для лечения и профилактики туберкулеза
- B. Участие общин, организаций гражданского общества, а также всех государственных и частных провайдеров помощи
- C. Политика всеобщего охвата услугами здравоохранения и нормативно-правовая база для уведомления о случаях заболевания, регистрации актов гражданского состояния, обеспечения качества и рационального использования лекарственных средств, а также инфекционного контроля
- D. Социальная защита, борьба с бедностью и воздействие на другие детерминанты туберкулеза

**3. ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИННОВАЦИИ**

- A. Открытие, разработка и быстрое внедрение новых средств, практических мер и стратегий
- B. Научные исследования для оптимизации осуществления и воздействия, содействие инновациям

**ДОСТИЖЕНИЯ**

5. *Устойчивый прогресс.* Координируемые ВОЗ глобальные усилия по борьбе с туберкулезом, осуществляемые государствами-членами при активной поддержке со стороны технических и финансовых партнеров дали замечательные результаты. Задача 8 Цели тысячелетия в области развития 6 «остановить распространение и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости туберкулезом» к 2015 г. уже выполнена. За период с 1995 по 2012 год было спасено 22 миллиона жизней, и

56 миллионов человек успешно прошли лечение от туберкулеза. Начиная с 2001 г. во всех регионах ВОЗ наблюдалось снижение бремени туберкулеза. Уровень смертности от туберкулеза с 1990 г. снизился на 45%, и мир находится на пути к достижению глобальной цели Партнерства «Остановить ТБ» - сокращения смертности на 50% к 2015 году. Согласно данным, полученным ВОЗ в 2012 г., национальные программы борьбы с туберкулезом были уведомлены о 6,1 миллиона впервые выявленных случаев заболевания. С 2007 г. показатели успешного лечения во всем мире поддерживались на уровне 85% или выше.

6. **Меняющийся характер ответных мер.** Ответные меры, принимаемые в связи с ситуацией в отношении туберкулеза в мире, претерпевают изменения в зависимости от ситуации и существующих потребностей в странах. Проведение совещания на уровне министров в 2009 г. в Пекине и последующее принятие обязательств, содержащихся в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA62.15, придало новый импульс решимости государств-членов с высоким бременем лекарственно-устойчивого туберкулеза решить эту проблему. Данные о масштабах проблемы лекарственной устойчивости в настоящее время имеются по всем странам с высоким бременем туберкулеза. Были разработаны глобальные механизмы для закупки лекарственных препаратов и диагностических средств гарантированного качества, а также для усиления сетей лабораторий, располагающих оборудованием для культивирования микобактерий и тестирования на лекарственную чувствительность. Рекомендованные ВОЗ совместные меры борьбы с туберкулезом/ВИЧ широко приняты в мире в качестве стандартной практики, внедряемой в разных странах. Подходы с участием государственных и частных структур помогают различным государственным, добровольным, частным и корпоративным провайдерам услуг во многих местах приводить свою практическую деятельность в соответствие с международными стандартами. Набирают силу партнерства с участием местных сообществ и гражданского общества. Операционные исследования на базе программ позволяют оперативно использовать фактические данные для выработки национальной политики и практической деятельности на местах.

7. **Новые технологии и средства.** Заметный прогресс был достигнут в разработке новых технических средств. В настоящее время вводятся в действие семь новых диагностических средств, одобренных ВОЗ. Особенно важное значение имеет внедрение Xpert MTB/RIF, чувствительного молекулярного теста для экспресс-диагностики туберкулеза и выявления устойчивости к рифампицину. К середине 2013 г. 88 из 145 стран с низким и средним уровнем доходов, отвечающих критериям применения льготного ценообразования, было закуплено 1402 приборов GeneXpert и 3,2 миллиона картриджей. Значительно расширилось число новых противотуберкулезных препаратов, находящихся на стадии разработки. Бедаквилин, первый за последние сорок лет новый противотуберкулезный препарат, недавно был рекомендован ВОЗ для лечения больных с тяжелой формой лекарственно-устойчивого туберкулеза. На стадии разработки находятся также двенадцать вакцин-кандидатов.

## ПРОБЛЕМЫ

8. ***Сохраняющееся бремя.*** Достигнутых за последние два десятка лет успехов далеко не достаточно для того, чтобы обеспечить прогресс в элиминации туберкулеза. Последние данные о глобальной эпидемии туберкулеза приводятся в публикации ВОЗ *Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2013 год*. В 2012 г., по имеющимся оценкам, было зарегистрировано 8,6 миллиона новых случаев заболевания и 1,3 миллиона случаев смерти от туберкулеза, включая 320 000 среди лиц, живущих с ВИЧ. Следует отметить, что за этот же период от туберкулеза погибли 410 000 женщин, в том числе 160 000 ВИЧ-положительных, что делает туберкулез главной причиной смерти от инфекционных заболеваний среди женщин. Согласно оценкам, около 500 000 случаев заболевания туберкулезом и не менее 74 000 случаев смерти были зарегистрированы среди детей. Страны Африки и Восточной Европы не находятся на пути к выполнению задачи сокращения числа случаев смерти от туберкулеза к 2015 г. в два раза по сравнению с 1990 годом. В наибольшей степени от этой болезни страдают беднейшие страны, и наибольшее бремя туберкулеза во всех странах несут самые малоимущие и уязвимые слои населения.

9. ***Регистрация случаев заболевания находится в состоянии стагнации.*** После периода устойчивого роста до 2006 г. регистрация случаев заболевания туберкулезом находится в состоянии стагнации. Многие зарегистрированные случаи были выявлены лишь с большим запозданием. Данные изучения распространенности туберкулеза во многих странах указывают на большое число скрытых случаев заболевания туберкулезом с бессимптомным течением болезни. Эти данные подчеркивают недостатки существующих методов выявления заболевания. Имеется много неиспользованных возможностей в отношении активизации и институционализации взаимодействия с организациями гражданского общества, местными сообществами и больными туберкулезом для того, чтобы стимулировать спрос на противотуберкулезную помощь, доступную для всех, кто в ней нуждается. В местах наибольшей распространенности туберкулеза сохраняется необходимость выявления групп повышенного риска и уделения первоочередного внимания тем, кто в наибольшей степени страдает от этой проблемы.

10. ***Множественная лекарственная устойчивость.*** Проблема устойчивости к лекарственным средствам создает большую угрозу для борьбы с туберкулезом и остается предметом серьезной озабоченности в отношении глобальной безопасности в области здравоохранения. В 2012 г., согласно оценкам, произошло примерно 450 000 новых случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, которая определяется как устойчивость, как минимум, к изониазиду и рифампицину (двум основным лекарственным препаратам, применяемым в лечении туберкулеза). Однако лишь примерно 94 000 случаев были зарегистрированы, и, по имеющимся данным, 82% заболевших из этого числа начали получать лечение. Успешные результаты лечения во всем мире были зарегистрированы лишь у 48% пациентов, которым проводилась терапия. В 92 странах были зарегистрированы случаи туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью, являющегося наиболее тяжелой и приводящей к летальному исходу формой болезни, устойчивой также к большинству применяемых в настоящее время лекарственных препаратов второго ряда.

В нескольких системах здравоохранения сохраняются факторы, препятствующие быстрому расширению масштабов программного ведения случаев туберкулеза с лекарственной устойчивостью.

11. **Туберкулез, сочетанный с ВИЧ.** Эпидемия ВИЧ продолжает способствовать развитию эпидемии туберкулеза в странах Африки, на долю которых в 2012 г. приходилось 75% случаев заболеваний туберкулезом среди ВИЧ-положительных лиц. Во всем мире в 2012 г. примерно 50% больных туберкулезом не знали своего ВИЧ-статуса, а антиретровирусную терапию получали лишь немногим более 50% лиц с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Химиопрофилактика туберкулеза по-прежнему не проводится всем тем, кому она может быть полезна. Важно отметить, что при отсутствии надлежащего лечения и профилактики многие люди, живущие с ВИЧ, погибли от туберкулеза, который не будет диагностирован.

12. **Неинфекционные заболевания в сочетании с туберкулезом.** Такие факторы риска туберкулеза, как диабет, курение табака, силикоз, злоупотребление алкоголем и наркотиками, а также недостаточное питание, затрудняют борьбу с туберкулезом, особенно в странах с низким и средним уровнями доходов. Высокая распространенность случаев латентной инфекции способствует росту заболеваемости туберкулезом в будущем. Возрастающая распространенность неинфекционных заболеваний также изменяет характер сопутствующей заболеваемости, что осложняет клиническое ведение больных и снижает эффективность лечения. В настоящее время службы медицинской помощи при инфекционных и неинфекционных заболеваниях слабо взаимосвязаны.

13. **Слабые системы здравоохранения.** Недостаточный уровень охвата и низкая эффективность служб здравоохранения ограничивают доступ к высококачественной противотуберкулезной помощи. Работа многих государственных и частных провайдеров медицинской помощи по-прежнему не связана с деятельностью национальных программ борьбы с туберкулезом. Отсутствие всеобщего охвата услугами здравоохранения усиливает экономическое бремя, которое испытывают малоимущие слои населения. Эти трудности осложняются отсутствием механизмов социальной защиты, позволяющих решать сопутствующие проблемы потери доходов и несения расходов на немедицинские нужды. Механизмы регулирования, необходимые для эффективного инфекционного контроля, рационального использования противотуберкулезных лекарственных и диагностических средств, обязательной регистрации случаев заболевания, функционирования систем записи актов гражданского состояния и охраны законных прав людей с туберкулезом остаются слабыми. Сбор данных, их качество и использование нуждаются в улучшении на всех уровнях. Слабость систем здравоохранения ограничивает возможности взаимосвязи между различными социальными секторами, необходимой для борьбы с бедностью, недостаточным питанием и факторами риска, которые неблагоприятно влияют на уязвимость людей к туберкулезу, а также на результаты лечения больных туберкулезом.

14. **Медленное снижение заболеваемости.** Снижение заболеваемости, в среднем, примерно на 2% в год происходит слишком медленно для того, чтобы добиться

элиминации туберкулеза в обозримом будущем. Для того чтобы остановить эпидемию туберкулеза, потребуется ранняя диагностика и надлежащее лечение всех случаев заболевания туберкулезом в активной форме, а также постепенное устранение латентной туберкулезной инфекции, присутствующей примерно у 2 миллиардов человек. Диагностика туберкулеза остается сложной задачей при отсутствии возможности проведения тестов по месту оказания помощи, а длительность лечения остается слишком продолжительной при отсутствии более краткосрочных и эффективных схем лечения лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого туберкулеза, а также латентной туберкулезной инфекции.

**15. Дефицит финансирования.** Финансирование мер борьбы с туберкулезом в странах, эндемичных по этой болезни, существенно возросло – с менее 2 млрд. долл. США в 2002 г. до около 6 млрд. долл. США в 2013 г. – в основном, в результате значительного усиления внутреннего финансирования, а также внешнего финансирования через Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. В то же время финансирование мер борьбы с туберкулезом на глобальном уровне остается недостаточно высоким. В качестве дополнения возрастающего внутреннего финансирования необходимо получение финансовых средств со стороны международных доноров в размере примерно 2,3 млрд. долл. США в год для реализации существующих программ на период до 2015 г. и 2 млрд. долл. США в год для проведения научных исследований и разработок. Согласно оценкам, дефицит финансирования на период с 2013 по 2015 год составляет около 2 млрд. долл. США в год на цели реализации программ и 1,3 млрд. долл. США в год на проведение научных исследований. Потребности в финансировании в период непосредственно после 2015 г. могут возрасти по двух причинам. Для того чтобы все люди с туберкулезом могли иметь доступ к диагностике и лечению, не неся при этом катастрофических расходов<sup>1</sup>, требуется ускорить темпы работ по достижению цели всеобщего охвата услугами здравоохранения. Для технологического прорыва, который может помочь остановить эпидемию туберкулеза, требуются дополнительные инвестиции в научные исследования и разработки. Впоследствии потребности в финансировании могут уменьшаться по мере ускорения темпов снижения заболеваемости туберкулезом, в результате чего полученный эффект от расширения охвата мерами профилактики, диагностики и лечения туберкулеза будет превышать уровень затрат.

**16. Основные детерминанты.** В целом воздействие социальных, экономических и экологических детерминантов туберкулеза в будущем будет определяться выбором глобальной и национальной политики в этой области. Лечение и профилактика туберкулеза будут продолжать зависеть от факторов общего экономического развития. Важными основными детерминантами эпидемии туберкулеза, на которые необходимо воздействовать, являются бедность и нарушение принципа справедливости, отсутствие продовольственной безопасности, неблагоприятные последствия миграции населения и чрезвычайные ситуации сложного характера. В частности, для эффективной профилактики туберкулеза потребуются действия, результатом которых явится

---

<sup>1</sup> Катастрофический уровень расходов определяется ВОЗ как расходы на медицинскую помощь из собственных средств, превышающие 40% дискреционных расходов домашних хозяйств. Пороговый уровень катастрофических общих расходов (включая косвенные издержки) еще не установлен.

снижение масштабов нищеты, улучшение питания, условий жизни и работы, а также стратегии, направленные на уменьшение последствий миграции, постарения населения и таких хронических болезней, как диабет, которые являются факторами риска туберкулеза.

## ПОДХОДЫ

**17. Расширение масштабов оказания помощи, усиление профилактики и интенсификация научных исследований.** Решение этих проблем потребует инновационных, многосекторальных и комплексных подходов. Стратегия ДОТС способствовала усилению противотуберкулезных программ в государственном секторе, помогая бороться с тяжелым бременем лекарственно-чувствительных форм туберкулеза. Благодаря стратегии «Остановить ТБ»<sup>1</sup>, основанной на ДОТС, была начата борьба с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, при одновременном развитии научных исследований для разработки новых средств. Она также способствовала расширению партнерств с участием всех провайдеров медицинской помощи, организаций гражданского общества и местных сообществ в условиях усиления систем здравоохранения. Для того чтобы остановить эпидемию туберкулеза, потребуются дальнейшее расширение масштабов и уровня охвата мерами лечения и профилактики туберкулеза; разработка систем и политики для создания благоприятных условий и разделения ответственности; а также активная разработка и использование новых средств лечения и профилактики туберкулеза на основе целенаправленных научных исследований и инноваций. Это предусматривает также возможность пересмотра и корректировки новой стратегии, исходя из полученных результатов и степени достижения согласованных контрольных и целевых показателей.

**18. Обеспечение системной поддержки и взаимодействия заинтересованных сторон.** С практической точки зрения для продолжения успешной работы в период после 2015 г. потребуются усиление деятельности противотуберкулезных программ и других участников в рамках сектора здравоохранения и вне его. Новая стратегия предусматривает конкретные действия на трех уровнях стратегического руководства в тесном взаимодействии со всеми заинтересованными сторонами и при участии местных сообществ. Главную роль в этой деятельности играют национальные программы борьбы с туберкулезом или эквивалентные структуры, которые отвечают за координацию всей работы, связанной с лечением и профилактикой туберкулеза. На следующем уровне находятся национальные министерства здравоохранения, которые оказывают важнейшую системную поддержку, вводят в действие регуляторные механизмы и координируют использование комплексных подходов в рамках межминистерского и межсекторального сотрудничества. Кроме того,

---

<sup>1</sup> Шестью компонентами Стратегии «Остановить ТБ» являются: (i) расширение и укрепление стратегии ДОТС при поддержании высокого качества работы; (ii) борьба с ТБ/ВИЧ, ТБ-МЛУ и другими особенно сложными заболеваниями; (iii) содействие в укреплении систем здравоохранения; (iv) вовлечение в работу всех провайдеров медицинской помощи; (v) расширение возможностей больных туберкулезом и местных сообществ; и (vi) создание благоприятных условий и содействие научным исследованиям.

национальные правительства должны обеспечивать общее руководство с тем, чтобы проблема элиминации туберкулеза занимала важное место в повестке дня в области развития с помощью политической поддержки, инвестиций и общего контроля, добиваясь при этом ускоренного прогресса в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения и мерами социальной защиты.

**19. Усиление руководящей роли и расширение заинтересованного участия.** Необходимо далее укреплять и расширять меры оказания помощи при туберкулезе и борьбы с ним с тем, чтобы они включали профилактику заболевания. В этих целях следует поднять руководство деятельностью по борьбе с туберкулезом внутри стран на более высокий уровень в рамках министерств здравоохранения. Это необходимо для осуществления скоординированных действий по многим направлениям и достижения трех четко поставленных целей: (1) обеспечение всеобщего доступа к раннему выявлению и надлежащему лечению всех больных туберкулезом; (2) введение в действие мер политики и систем в области здравоохранения и социального обеспечения, способствующих эффективному лечению и профилактике туберкулеза; и (3) интенсификация научных исследований для разработки и применения новых технологий, средств и подходов, позволяющих добиться элиминации туберкулеза. Три базовых элемента глобальной стратегии борьбы с туберкулезом предназначены для достижения этих целей.

**20. Конкретные действия, предлагаемые для государств-членов.** Конкретные действия для выполнения на уровне стран содержатся в 10 компонентах проекта глобальной стратегии борьбы с туберкулезом. Они направлены непосредственно на адаптацию, осуществление и мониторинг значительно расширенных и комплексных ответных мер для противодействия эпидемии туберкулеза и преодоления ее к 2035 году. Роль Секретариата ВОЗ направлена на оказание поддержки государствам-членам с помощью нормативного руководства, предоставления рекомендаций по вопросам политики, а также мониторинга и оценки.

## **ПЕРСПЕКТИВНОЕ ВИДЕНИЕ, ЦЕЛЬ, КОНТРОЛЬНЫЕ И ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ**

21. Перспективное видение проекта стратегии борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. заключается в обеспечении «мира, свободного от туберкулеза»; оно может быть выражено также как «нулевой уровень смертности, заболеваемости и страданий от туберкулеза». Целью является остановить глобальную эпидемию туберкулеза.

22. Поставленная в рамках Цели тысячелетия в области развития задача «остановить распространение и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости туберкулезом к 2015 г.» уже выполнена. Связанные с этим задачи Партнерства «Остановить ТБ» сокращения заболеваемости и смертности от туберкулеза на 50% по сравнению с 1990 г. находятся на пути к достижению к 2015 году. В рамках этого проекта стратегии предлагаются новые амбициозные, но выполнимые глобальные задачи для достижения к 2035 году. Они предусматривают снижение смертности от туберкулеза на 95% по сравнению с 2015 г. и обеспечение эквивалентного снижения

заболеваемости туберкулезом на 90% с прогнозируемого уровня 110 случаев на 100 000 населения в 2015 г. до 10 или менее случаев на 100 000 населения к 2035 году. Эти целевые показатели соответствуют существующим в настоящее время низким уровням заболеваемости в некоторых странах Северной Америки, Западной Европы и Западной части Тихого океана. Дополнительная задача, предлагаемая для подтверждения достигнутого прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения и мерами социальной защиты, заключается в том, что к 2020 г. не должно быть ни одного случая катастрофических расходов в связи с оказанием противотуберкулезной помощи со стороны больных туберкулезом или их семей.

23. Предлагаются также контрольные показатели, которые должны быть достигнуты до 2035 г., а именно в 2020 г., 2025 г. и 2030 году. В Таблице 1 приводятся основные глобальные показатели, контрольные показатели и целевые показатели для проекта стратегии на период после 2015 года.

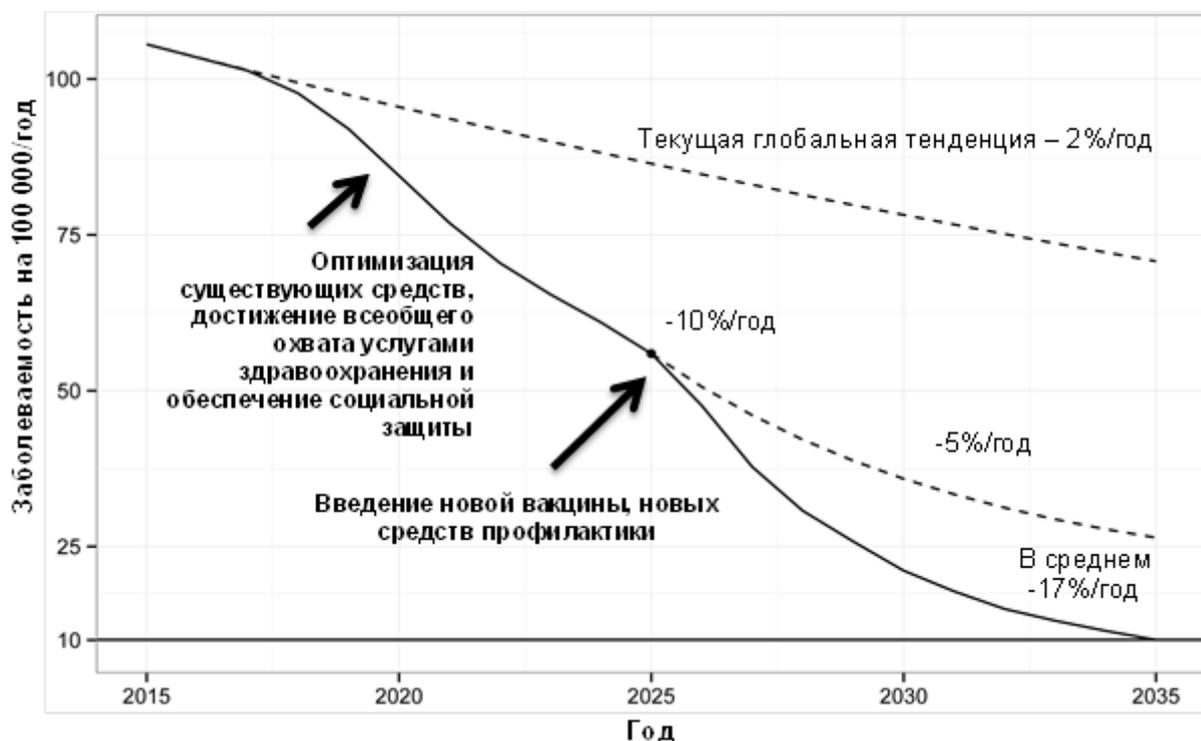
24. Основным контрольным показателем является снижение смертности от туберкулеза к 2025 г. на 75% по сравнению с 2015 годом. Это потребует достижения двух результатов. Во-первых, темпы ежегодного снижения заболеваемости туберкулезом во всем мире должны увеличиться, в среднем, с 2% в 2015 г. до 10% в 2025 году. Снижение заболеваемости туберкулезом на 10% в год является амбициозной, но осуществимой задачей; этот показатель был рассчитан на основе самых высоких темпов снижения заболеваемости, документированных на национальном уровне в условиях всеобщего доступа к медицинской помощи и быстрого социально-экономического развития в странах Западной Европы и Северной Америки во второй половине прошлого века. Во-вторых, доля случаев заболевания туберкулезом, заканчивающихся летальным исходом (коэффициент летальности), должна сократиться с прогнозируемых 15% в 2015 г. до 6,5% к 2025 году. По результатам моделирования быстрый прогресс в достижении всеобщего доступа к существующим средствам оказания помощи в сочетании с социально-экономическим развитием может привести к снижению смертности от туберкулеза на 75%. Кроме того, в результате научных исследований и разработок в скором времени ожидается появление более совершенных средств, таких как экспресс-тест по месту оказания помощи и более эффективные схемы лечения туберкулеза, что будет способствовать достижению контрольных показателей.

**Таблица 1. Основные глобальные показатели, контрольные показатели и целевые показатели для проекта стратегии борьбы с туберкулезом на период после 2015 г.**

Показатели с указанием базовых значений в 2015 г.	Контрольные показатели			Целевые показатели
	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.
<i>Снижение смертности от туберкулеза в процентах (прогнозируемый базовый уровень в 2015 г.: 1,3 млн. случаев смерти)</i>	35%	75%	90%	95%
<i>Снижение заболеваемости туберкулезом в процентах и в абсолютном выражении (прогнозируемый базовый уровень в 2015 г.: 110/100 000)</i>	20% (<85/100 000)	50% (<55/100 000)	80% (<20/100 000)	90% (<10/100 000)
<i>Процент пострадавших семей, несущих катастрофические расходы в связи с туберкулезом (прогнозируемый базовый уровень в 2015 г.: данные отсутствуют)</i>	Ноль	Ноль	Ноль	Ноль

25. Для обеспечения устойчивого прогресса после 2025 г. и достижения к 2035 г. снижения смертности от туберкулеза на 95%, а заболеваемости на 90% – с 110 случаев на 100 000 населения до менее 10 случаев на 100 000 населения – к 2025 г. должны иметься дополнительные средства. В частности, будут необходимы новая вакцина, обеспечивающая эффективную доконтактную и постконтактную профилактику, и более эффективные средства диагностики, а также более безопасные и простые схемы лечения латентной туберкулезной инфекции. С помощью существующих средств, дополняемых всеобщим охватом услугами здравоохранения и мерами социальной защиты, можно добиться значительных успехов, но их будет недостаточно для обеспечения темпов прогресса, необходимых для достижения целевых показателей к 2035 году. Для того чтобы к 2025 г. можно было ввести в действие новые средства, потребуются значительно большие и незамедлительные инвестиции в научные исследования и разработки. На Рисунке 2 показано прогнозируемое ускорение темпов снижения заболеваемости туберкулезом в мире при оптимизации существующих средств в сочетании с прогрессом в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения и мерами социальной защиты, начиная с 2015 г., и дополнительный эффект от введения в действие новых средств к 2025 году.

**Рисунок 2. Прогнозируемое ускорение темпов снижения заболеваемости туберкулезом в мире относительно целевых показателей**



26. Достижение контрольного показателя отсутствия семей, несущих катастрофические расходы в связи с туберкулезом, предполагает сведение к минимуму прямых расходов на медицинские цели, таких как стоимость консультаций, госпитализации, тестов и лекарственных препаратов, а также прямых немедицинских расходов, например на транспорт, и любых возможных потерь доходов в период получения медицинской помощи. Для этого необходимо, чтобы больные туберкулезом и их семьи имели доступ к надлежащим схемам социальной защиты, которые покрывают или компенсируют прямые немедицинские расходы и потерю доходов. При наличии достаточной политической поддержки затраты, связанные с туберкулезом, могут быть быстро снижены во всех странах, в результате чего многие страны смогут достичь целевого показателя к 2020 году.

## **ПРИНЦИПЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ ПРОЕКТА СТРАТЕГИИ**

### **Руководство и ответственность со стороны государства, проведение мониторинга и оценки**

27. Деятельность в рамках проекта стратегии борьбы с туберкулезом охватывает как секторы здравоохранения и социального обеспечения, так и другие секторы, включая финансы, труд, торговлю и развитие. Ответственность за руководство этой деятельностью должны разделять органы государственной власти на всех уровнях – местном, территориальном и центральном. Центральные органы государственной власти должны оставаться «руководителем руководителей» деятельности по лечению и

профилактике туберкулеза, осуществляемой вместе со всеми заинтересованными сторонами.

28. Успех проекта глобальной стратегии борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. будет зависеть от эффективного выполнения органами власти в тесном сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами своих основных обязанностей по руководству, которыми являются: предоставление общей концепции и осуществление руководства через национальную программу борьбы с туберкулезом и систему здравоохранения; сбор и использование данных для постепенного повышения качества лечения и профилактики туберкулеза; и оказание воздействия через органы регулирования и иным образом для достижения заявленных целей и выполнения задач стратегии.

29. Для обеспечения подотчетности реализация стратегии должна предусматривать проведение регулярного мониторинга и оценки. Следует оценивать ход работы по достижению амбициозных национальных целей и показателей. В Таблице 2 приводится примерный перечень основных глобальных показателей, которые должны быть приняты и адаптированы для использования на национальном уровне и в отношении которых следует установить целевые показатели для каждой страны. Эти показатели должны дополняться другими показателями, которые считаются необходимыми для оценки прогресса в осуществлении всех основных направлений деятельности. Примерами целевых показателей, которые могут относиться ко всем странам, служат показатель успешного лечения на уровне не ниже 85% и тестирование 100% больных туберкулезом на лекарственную чувствительность и ВИЧ.

### **Тесное сотрудничество с организациями гражданского общества и местным населением**

30. Важную роль для принимаемых решений должны играть также местные сообщества, затронутые этой проблемой. Представителям местного населения и гражданского общества должна быть предоставлена возможность принимать более активное участие в планировании и разработке программ, предоставлении услуг и мониторинге, а также в информировании, просвещении и поддержке пациентов и их семей, проведении научных исследований и пропагандистско-разъяснительной работы. В этих целях должно быть обеспечено тесное сотрудничество между всеми заинтересованными сторонами. Такое объединение партнеров может способствовать как доступу людей к высококачественной помощи, так и созданию требуемых ими высококачественных служб. Объединение партнеров на национальном уровне может также способствовать усилению борьбы с факторами, определяющими развитие эпидемии туберкулеза.

### **Защита и соблюдение прав человека, этических норм и принципа справедливости**

31. Меры политики и стратегии, используемые для разработки всесторонних мер борьбы с туберкулезом на национальном уровне, а также предоставляемые меры лечения и профилактики туберкулеза должны прямо предусматривать соблюдение прав человека, этических норм и принципа справедливости. Доступ к высококачественной

помощи при туберкулезе является одним из прав человека. Настоящая стратегия строится на подходе, основанном на соблюдении прав человека, который обеспечивает их защиту и предусматривает проведение политики и принятие мер, способствующих этому. Это включает участие лиц и местных сообществ, затронутых данной проблемой, в обеспечении выполнения всех базовых элементов и компонентов проекта стратегии, уделяя особое внимание основным затронутым группам населения.

32. Лечение и профилактика туберкулеза создают дилеммы этического характера. Национальные программы борьбы с туберкулезом должны признавать их и решать с должным учетом соответствующих этических ценностей. К ним могут относиться, например, конфликт между интересами общества в предупреждении передачи болезни и правами пациентов на получение поддерживающего лечения или отказ от лечения; меры борьбы со стигматизацией, связанной с этой болезнью, и дискриминацией тех, кто ею страдает; длительный характер лечения и проблемы с соблюдением режима лечения; обеспечение предоставления услуг, ориентированных на пациента, и сведение к минимуму риска инфицирования работников здравоохранения; предоставление помощи в тех случаях, когда нет эффективных вариантов лечения; и установление приоритетов в области научных исследований и принятии мер вмешательства. При нахождении путей решения этих проблем следует руководствоваться общепризнанными принципами и ценностями, принимать во внимание местные ценности и традиции, а также результаты обсуждений с участием всех заинтересованных сторон.

33. Настоящий проект стратегии призван обеспечивать соблюдение принципа справедливости путем выявления рисков, потребностей и требований лиц, затрагиваемых этой проблемой, предоставлять равные возможности в профилактике распространения заболевания, равный доступ к службам диагностики и лечения, а также равный доступ к мерам, направленным на недопущение соответствующих социальных последствий и катастрофических экономических затрат. Применение подхода, основанного на соблюдении прав человека, разработка и соблюдение высочайших этических стандартов при осуществлении любых действий, а также постепенное сокращение и ликвидация неравенств будут лучше всего способствовать эффективности процесса, используемого для выполнения задач и достижения целей данной стратегии.

#### **Адаптация стратегии на страновом уровне при глобальном сотрудничестве**

34. Ни одна глобальная стратегия не может быть применима равным образом при всех обстоятельствах в разных странах или в рамках одной страны. Стратегия борьбы с туберкулезом должна быть адаптирована к условиям разных стран на основе всестороннего национального стратегического плана. При установлении приоритетности мер вмешательства следует принимать во внимание местные условия, потребности и возможности. Важное значение будут иметь хорошее знание эпидемиологии заболевания в конкретной стране, включая выявление лиц повышенного риска, понимание социально-экономических условий жизни уязвимых групп населения, а также условий деятельности системы здравоохранения, в том числе в районах с недостаточным уровнем обеспеченности услугами. После принятия

глобальной стратегии следует незамедлительно адаптировать ее к национальным условиям и разработать ясное руководство в отношении того, как различные компоненты данной стратегии могут быть реализованы, принимая во внимание, если это возможно, местные данные.

35. В глобализованном мире такие болезни, как туберкулез, могут быстро и широко распространяться в результате международных путешествий и торговли. Эффективная борьба с туберкулезом требует тесного сотрудничества между странами. Для эффективного сотрудничества между странами также необходимы глобальная координация и поддержка, что позволяет выполнять требования Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и обеспечивать безопасность в области здравоохранения. Страны в рамках одного региона могут извлекать пользу из регионального сотрудничества. Миграция внутри стран и между странами создает определенные проблемы, и для их решения потребуются совместные действия. Глобальная координация имеет важное значение также для мобилизации ресурсов из различных многосторонних, двусторонних и национальных источников для лечения и профилактики туберкулеза. Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, в котором ежегодно приводится обзор положения дел в отношении эпидемии туберкулеза и осуществления глобальных стратегий, демонстрирует и представляет положительные результаты тесного сотрудничества и глобальной координации.

### **ПЕРВЫЙ БАЗОВЫЙ ЭЛЕМЕНТ: КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ПАЦИЕНТА**

36. *Усиление и расширение основных функций программ борьбы с туберкулезом.* Первый базовый элемент деятельности касается ориентированных на пациента мер вмешательства, необходимых для лечения и профилактики туберкулеза. Национальная программа борьбы с туберкулезом или эквивалентная программа должны тесно взаимодействовать и координировать свою деятельность с другими программами общественного здравоохранения, программами социальной поддержки, государственными и частными провайдерами медицинской помощи, неправительственными организациями, организациями гражданского общества, местными сообществами и ассоциациями пациентов, что позволит обеспечить предоставление высококачественного, комплексного и ориентированного на пациента лечения и профилактики в рамках всей системы здравоохранения. Первый базовый элемент деятельности призван помочь странам двигаться вперед, переходя от предыдущих стратегий к новым стратегиям и технологиям для обеспечения всеобщего доступа к тестированию на лекарственную чувствительность; расширять службы по ведению туберкулеза у детей; предоставлять дополнительные услуги по оказанию помощи на местах для недостаточно обслуживаемых и уязвимых групп населения; и проводить систематический скрининг и профилактическое лечение соответствующих групп повышенного риска. Вся эта деятельность должна проводиться в партнерстве с соответствующими заинтересованными сторонами. Особую помощь в повышении качества предоставляемой помощи при туберкулезе, включая материально-техническое обеспечение и эпиднадзор, может оказать использование инновационных информационных и коммуникационных технологий в области здравоохранения (электронное здравоохранение и мобильное здравоохранение).

**Ранняя диагностика туберкулеза, включая всеобщее тестирование на лекарственную чувствительность, и систематический скрининг лиц, находившихся в контакте, и групп повышенного риска**

37. **Обеспечение ранней диагностики туберкулеза.** По имеющимся оценкам, в настоящее время национальные программы борьбы с туберкулезом получают уведомления и предоставляют данные в ВОЗ лишь о двух третях случаях заболевания туберкулезом в мире. Обеспечение всеобщего доступа к ранней и точной диагностике туберкулеза потребует усиления и расширения сети диагностических служб, обеспечивающих доступ к новым молекулярным тестам; проведения информационно-просветительной работы для того, чтобы побудить людей с симптомами туберкулеза обратиться за помощью; взаимодействия всех провайдеров медицинской помощи для предоставления услуг; устранения барьеров, препятствующих обращению людей за помощью; и систематического скрининга определенных групп высокого риска. Хотя наиболее часто используемый в настоящее время тест на туберкулез – микроскопическое исследование мокроты – является малозатратным методом для постановки конкретного диагноза, его чувствительность является в значительной степени низкой. В результате этого службы здравоохранения могут «упустить» многих больных туберкулезом или выявить их только на поздней стадии заболевания. Проведение скрининга только на наличие симптомов может быть недостаточно; дополнительные средства скрининга, такие как рентгенография грудной клетки, могут способствовать направлению больных в специализированные учреждения для диагностики бактериологически отрицательного туберкулеза, внелегочного туберкулеза и туберкулеза у детей.

38. **Выявление всех случаев лекарственно устойчивого туберкулеза.** Диагностика лекарственной устойчивости остается особенно сложной задачей для лабораторных систем во многих странах с низким и средним уровнями доходов. Возможности диагностики лекарственно устойчивого туберкулеза являются ограниченными во многих местах, где они крайне необходимы. Тестирование в лаборатории для подтверждения заболевания проводится в отношении лишь небольшой доли предполагаемых случаев лекарственно-устойчивого туберкулеза. Для достижения дальнейшего прогресса в оказании помощи при туберкулезе и борьбе с ним необходимы адекватные возможности диагностики всех случаев лекарственно-устойчивого туберкулеза.

39. **Ввод в действие новых диагностических средств.** Широкое внедрение новых платформ тестирования для молекулярной диагностики позволит ставить точный диагноз туберкулеза и лекарственной устойчивости на ранней стадии. Это может помочь в диагностике туберкулеза на более ранних стадиях и проведении своевременного лечения, что может способствовать снижению распространенности заболевания и смертности, а также предупреждению неблагоприятных последствий этой болезни. Внедрение новых средств молекулярной диагностики потребует изменения политики в отношении диагностики и обучения персонала на всех уровнях. Более чувствительные и быстрые диагностические тесты позволят увеличить число пациентов с достоверным диагнозом. Такое увеличение рабочей нагрузки потребует привлечения дополнительных кадровых и финансовых ресурсов.

40. **Проведение систематического скрининга на туберкулез в определенных группах высокого риска.** Бремя невыявленного туберкулеза во многих местах, особенно в группах высокого риска, велико. Среди лиц с низким уровнем доступа к службам здравоохранения возможны длительные задержки с постановкой диагноза туберкулеза и началом надлежащего лечения. Многие люди с активной формой туберкулеза не испытывают типичных симптомов на ранних стадиях заболевания. Эти люди могут не обращаться достаточно своевременно за медицинской помощью, а в случае их обращения они могут не направляться на тестирование в отношении туберкулеза. Выявление групп высокого риска и проведение тщательно спланированного систематического скрининга на активную форму заболевания может улучшить показатели раннего выявления заболевания. Ранняя диагностика помогает снизить риски распространения туберкулеза, неблагоприятных исходов лечения, нежелательных последствий для здоровья, а также неблагоприятных социально-экономических последствий этой болезни. Лица, находившиеся в контакте с больными туберкулезом, особенно дети в возрасте до пяти лет, люди, живущие с ВИЧ, и рабочие, подвергающиеся воздействию силикатной пыли, должны всегда проходить скрининг на активный туберкулез. Следует выявлять и рассматривать возможность проведения в приоритетном порядке скрининга других групп риска на основании национальных и местных данных эпидемиологических исследований в отношении туберкулеза, потенциала систем здравоохранения, исходя из наличия ресурсов, а также возможностей обеспечения охвата выявленных групп риска. Стратегия проведения скрининга должна постоянно изучаться и оцениваться для пересмотра приоритетности групп риска, пересмотра подходов к проведению скрининга и, если это целесообразно, прекращения скрининга. Стратегии проведения скрининга должны следовать установленным этическим принципам в отношении скрининга инфекционных заболеваний, должны обеспечивать защиту прав человека и сводить к минимуму риск ощущения дискомфорта, боли, стигматизации и дискриминации.

#### **Лечение всех лиц с туберкулезом, включая туберкулез с лекарственной устойчивостью, и поддержка пациентов**

41. **Лечение всех форм лекарственно-чувствительного туберкулеза.** Проект новой стратегии борьбы с туберкулезом будет обеспечивать предоставление услуг для ранней диагностики и надлежащего лечения всех форм туберкулеза у людей во всех возрастных группах. Новые меры политики, включающие использование молекулярной диагностики, поможет повысить эффективность ведения больных, страдающих легочным туберкулезом с отрицательным мазком мокроты и внелегочным туберкулезом, а также туберкулеза у детей. Основным затронутым группам населения и группам риска с недостаточно высокими результатами или эффективностью лечения следует уделять первоочередное внимание для ускорения темпов сокращения случаев смерти, что необходимо для достижения амбициозных целевых показателей в отношении снижения смертности от туберкулеза.

42. **Лечение всех случаев лекарственно-устойчивого туберкулеза.** Устойчивость к лекарственным препаратам создает серьезную угрозу для глобального прогресса в области лечения и профилактики туберкулеза. Во всем мире примерно 4% лиц, у которых регистрируются новые случаи заболевания туберкулезом, и около 20%

пациентов, получающих лечение, страдают туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Для предоставления всеобщего доступа к услугам при лекарственно-устойчивом туберкулезе потребуется быстрое расширение масштабов деятельности лабораторных служб и руководства программами. Необходимо разработать новые модели предоставления лечения, ориентированного на пациентов, и привести их в соответствие с различными условиями и обстоятельствами. Амбулаторным службам следует отдавать предпочтение перед госпитализацией, использование которой следует ограничивать тяжелыми случаями заболевания. Расширение услуг для ведения больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом, потребует сильной политики и инвестиций для устранения недостатков систем здравоохранения, препятствующих прогрессу.

**43. Усиление потенциала для ведения случаев заболевания с лекарственной устойчивостью.** Доля пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом, успешно прошедших лечение, в разных странах колеблется в значительных пределах, составляя в 2012 г., в среднем, 48% во всем мире. Имеющиеся в настоящее время схемы лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза остаются неудовлетворительными с точки зрения продолжительности, безопасности, эффективности и стоимости. Важнейшее значение для улучшения результатов лечения имеет разработка новых более безопасных, доступных по стоимости и эффективных лекарственных препаратов, позволяющих сделать схемы лечения более короткими по продолжительности и более простыми для использования. Взаимосвязь с существующими механизмами фармакологического надзора будет способствовать более безопасному и организованному использованию лекарственных препаратов. К мерам вмешательства, направленным на улучшение качества жизни пациентов, обеспечивая при этом соблюдение режима лечения, относятся ведение случаев неблагоприятных лекарственных реакций и побочных явлений; доступ к всесторонней паллиативной помощи и уходу за неизлечимо больными людьми; меры борьбы со стигматизацией и дискриминацией; а также социальная помощь и защита. Важное значение имеет наличие доступа у всех провайдеров медицинской помощи пациентам с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза к программам повышения квалификации и обучения, что позволяет приводить их практическую деятельность в соответствие с международными стандартами.

**44. Борьба с туберкулезом у детей.** Туберкулез является важной причиной заболеваемости и смертности детей, среди которых ежегодно происходит, согласно оценкам, 500 000 случаев заболевания и 74 000 случаев смерти. В странах с высокими показателями распространенности туберкулеза тяжелое бремя этой болезни несут также женщины репродуктивного возраста. Наличие туберкулеза у матери в сочетании с ВИЧ-инфекцией является фактором риска передачи туберкулеза новорожденному ребенку и связано с преждевременными родами, низкой массой тела новорожденных, а также более высокими показателями материнской и неонатальной смертности. Национальные программы борьбы с туберкулезом должны систематически заниматься проблемами оказания помощи детям с туберкулезом, а также детям, находящимся в контакте со взрослыми, страдающими этой болезнью. Это может включать, например, разработку и использование лекарственных форм препаратов для детей, а также

создание ориентированных на семью механизмов, обеспечивающих соблюдение режима лечения.

45. ***Интеграция противотуберкулезной помощи со службами охраны здоровья матери и ребенка.*** Для надлежащего ведения случаев туберкулеза у детей потребуются разработка приемлемых по стоимости и чувствительных диагностических тестов, не основанных на использовании образцов мокроты. Противотуберкулезная помощь должна быть интегрирована со службами охраны здоровья матери и ребенка, что позволит предоставлять всестороннюю помощь на уровне местного сообщества. Комплексный подход к оказанию противотуберкулезной помощи, ориентированной на семью, будет способствовать устранению барьеров, снижению задержек в постановке диагноза и повышению эффективности ведения случаев туберкулеза у женщин и детей.

46. ***Оказание пациентам поддержки в рамках ведения больных туберкулезом.*** Оказание помощи и поддержки, ориентированной на пациента, принимая во внимание и учитывая их образовательные, эмоциональные и материальные потребности, имеет основополагающее значение для проекта новой глобальной стратегии борьбы с туберкулезом. Необходимо обеспечить поддерживающий контроль за лечением со стороны партнеров, участвующих в лечении; это помогает пациентам регулярно принимать лекарства и доводить лечение до конца, что способствует их выздоровлению и предупреждает развитие лекарственной устойчивости. Контроль следует осуществлять с учетом существующих условий и характера пациента. Контроль и поддержка, ориентированные на пациента, должны также помочь в выявлении и устранении факторов, которые могут приводить к прекращению лечения. Это должно способствовать борьбе со стигматизацией и дискриминацией. Поддержка пациентов должна выходить за рамки учреждений здравоохранения и проводиться на дому, в семье, по месту работы и на уровне местных сообществ. Лечение и поддержка должны также проводиться в период после выздоровления для устранения возможных последствий, связанных с туберкулезом. К примерам поддержки, ориентированной на пациента, относятся предоставление партнеров по лечению, обученных службами здравоохранения и приемлемых для пациента; доступ к мерам социальной защиты, использование информационных и коммуникационных технологий для предоставления информации, возможностей обучения и побудительных стимулов для пациентов; и создание механизмов обмена информацией и опытом между пациентами и другими окружающими их лицами.

#### **Совместная деятельность в области туберкулеза/ВИЧ; а также ведение коморбидностей**

47. ***Расширение сотрудничества с программами борьбы против ВИЧ.*** Общая цель совместной деятельности в области туберкулеза/ВИЧ состоит в уменьшении бремени туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди людей, подвергающихся риску или уже имеющих оба эти заболевания. На связанный с ВИЧ туберкулез приходится почти четверть всех случаев смерти от туберкулеза и четверть всех случаев смерти, вызванных СПИДом. Подавляющее число таких случаев заболевания и смерти происходит в регионах стран Африки и Юго-Восточной Азии. Все больные туберкулезом, имеющие ВИЧ, должны пройти антиретровирусную терапию. Комплексное лечение туберкулеза и ВИЧ

увеличивает вероятность получения больными туберкулезом антиретровирусного лечения, сокращает время до начала лечения и уменьшает смертность почти на 40%.

48. **Комплексные услуги при туберкулезе и ВИЧ.** Несмотря на вдохновляющее увеличение масштабов деятельности в области борьбы с туберкулезом и ВИЧ во всем мире общий охват услугами остается низким. Кроме того, уровень и степень прогресса значительно варьируются между странами. Продолжает существовать несоответствие между охватом тестированием на ВИЧ больных туберкулезом и охватом антиретровирусным лечением, профилактическим лечением ко-тримоксазолом и профилактикой ВИЧ. Сокращение запаздывания диагностики с помощью новых диагностических средств и учреждение быстрого лечения могут улучшить результаты здравоохранительных мер среди людей, имеющих ВИЧ. Оказание помощи при туберкулезе и ВИЧ в местах высокого бремени этих заболеваний следует шире включать в службы охраны здоровья матери и ребенка и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

49. **Совместное ведение сопутствующих туберкулезу патологий и неинфекционных заболеваний.** Ряд неинфекционных заболеваний и других состояний здоровья, включая сахарный диабет, недостаточность питания, силикоз, а также курение, вредное употребление алкоголя и наркотиков, равно как и ряд разрушающих иммунитет расстройств и видов лечения, являются факторами риска для заболевания туберкулезом. Наличие сопутствующих заболеваний может осложнить ведение туберкулеза и привести к плохим результатам лечения. И напротив, туберкулез может ухудшить или осложнить ведение других болезней. Поэтому в рамках базисного и скоординированного клинического ведения, людей с диагностированным туберкулезом следует в рутинном порядке проверять на наличие сопутствующих заболеваний. Публикация ВОЗ «Практический подход к здоровью легких»<sup>1</sup> является примером пропаганды лечения туберкулеза в качестве неотъемлемой части ведения респираторных заболеваний. Ситуация на месте должна определять, на какие сопутствующие заболевания следует систематически проверять людей с активным туберкулезом. Национальные принципы сотрудничества могут помочь в комплексном ведении неинфекционных заболеваний и инфекционных болезней, включая туберкулез.

### **Профилактическое лечение людей, подвергающихся высокому риску; а также вакцинация против туберкулеза**

50. **Расширение профилактического лечения людей с высоким риском туберкулеза.** Латентная туберкулезная инфекция диагностируется с помощью туберкулиновой кожной пробы или теста, основанного на высвобождении гамма-интерферона. Однако эти тесты не могут предсказать, у каких людей разовьется активный туберкулез. Профилактическая терапия с помощью изониазида в настоящее время рекомендуется для лечения латентной туберкулезной инфекции у людей с ВИЧ и детей в возрасте до пяти лет, контактировавших с больными туберкулезом. Такая терапия обладает доказанным профилактическим воздействием, но при этом могут возникнуть серьезные побочные эффекты, особенно у людей пожилого возраста.

---

<sup>1</sup> Документ WHO/HTM/TB/2008.410; WHO/NMH/CHP/CPM/08.02.

Несмотря на то что были изучены схемы лечения с аналогичной эффективностью и более короткой продолжительностью, необходимо получить больше фактических данных об эффективности и безопасности. Необходимо также провести больше исследований для оценки эффективности и осуществимости проведения профилактической терапии в других группах высокого риска, таких как люди, находящиеся в местах скопления людей, например в тюрьмах или на рабочих местах, работники здравоохранения, люди с недавно изменившимися результатами теста и шахтеры, подвергающиеся воздействию пыли кварца. Ведение латентной туберкулезной инфекции у людей с высоким риском развития активного туберкулеза может быть важным компонентом ликвидации туберкулеза, особенно в странах с низкой заболеваемостью туберкулезом.

**51. Продолжение вакцинации БЦЖ в странах с высокой распространенностью.** Вакцинация БЦЖ (бациллой Кальмета-Герена) предотвращает диссеминированные поражения, включая туберкулез, менингит и милиарный туберкулез, с которыми связана высокая смертность детей грудного и раннего возраста. Однако ее профилактическая эффективность против туберкулеза легких, которая в различных группах населения варьируется, составляет лишь приблизительно 50%. До тех пор пока не будут получены новые или более эффективные вакцины, вакцинация БЦЖ вскоре после рождения должна продолжаться для всех младенцев, за исключением тех, которые проживают с людьми, имеющими ВИЧ, и в местах с высокой распространенностью туберкулеза.

## **ВТОРОЙ БАЗОВЫЙ ЭЛЕМЕНТ: ЭФФЕКТИВНАЯ ПОЛИТИКА И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ СИСТЕМЫ**

**52. Разделение обязанностей.** Второй базовый элемент включает стратегические действия, которые позволят реализовать компоненты первого базового элемента посредством разделения обязанностей. Они включают действия, предпринимаемые как национальными противотуберкулезными программами, так и за их пределами различными министерствами и департаментами. Такие действия направлены на удовлетворение медицинских и немедицинских потребностей людей, больных туберкулезом, а также помогают осуществлять профилактику туберкулеза. Это потребует наличия системы здравоохранения с хорошими ресурсами, с хорошей организацией и координацией, работающей под руководством правительства и подкрепленной поддерживающими политическими принципами и регулируемыми правилами, а также с более широкой социальной политикой и политикой в области развития. Национальные противотуберкулезные программы, их партнеры и наблюдающие за ними органы должны принимать активное участие в разработке более широкой повестки дня в области общественного и экономического развития. Подобно этому, лидеры в области развития должны признать туберкулез в качестве одной из социальных проблем, заслуживающей приоритетного внимания.

**53. Социальные детерминанты туберкулеза.** Второй базовый элемент включает также действия за пределами сектора здравоохранения, которые могут помочь предотвратить туберкулез посредством воздействия на лежащие в его основе социальные детерминанты. Предлагаемые практические меры включают уменьшение

бедности, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение условий жизни и работы, а также меры, направленные на преодоление непосредственных факторов риска, такие как борьба против табака, сокращение вредного употребления алкоголя, оказание помощи при диабете и профилактика диабета. Профилактика туберкулеза потребует также действий со стороны правительств, с тем чтобы помочь уменьшить уязвимость и риски среди людей, наиболее восприимчивых к этой болезни.

**54. *Многодисциплинарный и многосекторальный подход.*** Осуществление компонентов второго базового элемента требует многодисциплинарного и многосекторального подхода. Подотчетность за второй базовый элемент будет лежать не только на министерствах здравоохранения, но и на других министерствах, включая министерства финансов, труда, социального обеспечения, жилищ, горного дела и сельского хозяйства. Определение действий различных министерств потребует приверженности и управления со стороны самых высоких уровней правительства. Это должно найти свое выражение в обеспечении адекватными ресурсами и подотчетности за оптимальную и комплексную клиническую помощь; в защите от катастрофического экономического бремени из-за болезни; в социальных практических мерах, направленных на уменьшение уязвимости к этой болезни; и в защите и укреплении прав человека.

#### **Политическая приверженность с адекватными ресурсами для оказания помощи и профилактики при туберкулезе**

**55. *Разработка перспективных национальных стратегических планов.*** Расширение и поддержание практических мер для оказания помощи при туберкулезе и для его профилактики потребуют политической приверженности на высоком уровне, наряду с адекватными финансовыми и кадровыми ресурсами. Непрерывная подготовка и контроль работы персонала являются фундаментальными для поддержания значительно расширенных мероприятий по оказанию помощи больным туберкулезом и его профилактике. Важное значение имеет центральная координация под руководством правительства. В качестве первого шага это должно привести к разработке в рамках национального плана сектора здравоохранения национального стратегического плана, учитывающего эпидемиологию туберкулеза, структуру и функции системы здравоохранения, включая системы закупок и снабжения, наличие ресурсов, политику регулирования, связи с социальными службами, роль общин, организации гражданского общества и частный сектор; а также координацию со всеми заинтересованными сторонами. Национальный стратегический план должен быть перспективным и всесторонним и включать пять отдельных разделов: основной план, бюджетный план, план мониторинга и оценки, оперативный план и план оказания технической помощи.

**56. *Мобилизация адекватных ресурсов.*** Расширение оказания помощи при туберкулезе и профилактики во всем секторе здравоохранения и за его пределами станет возможным только при обеспечении адекватного финансирования. Национальный стратегический план должен иметь надлежащее финансирование с четким указанием областей с недостаточными финансами. План, подкрепленный хорошим бюджетом, для его полного выполнения должен способствовать мобилизации

ресурсов из различных международных и национальных источников. В большинстве стран с низким и средним уровнем доходов имеющиеся в настоящее время ресурсы являются неадекватными или недостаточными только для скромных планов. Необходимы скоординированные усилия, чтобы мобилизовать дополнительные ресурсы для финансирования действительно перспективных национальных стратегических планов при постепенном увеличении внутреннего финансирования.

### **Участие общин, организаций гражданского общества, а также всех государственных и частных провайдеров помощи**

*57. Привлечение общин и гражданского общества.* Сильные ответные меры для того, чтобы остановить эпидемию туберкулеза, потребуют создания прочных партнерств в секторе здравоохранения и социальных секторах, а также между сектором здравоохранения и местными общинами. Информированные члены общины могут выявить людей с подозреваемым туберкулезом и направить их для диагностики, оказать поддержку во время лечения и помочь уменьшить стигматизацию и дискриминацию. Организации гражданского общества имеют особые возможности, и противотуберкулезные программы могут получить преимущества от их использования. Их компетенции включают достижение уязвимых групп, мобилизацию общин, распространение информации, помощь в создании спроса на помощь, разработку эффективных моделей оказания помощи и воздействие на детерминанты туберкулезной эпидемии. Национальные программы борьбы с туберкулезом должны выявлять незадействованные организации гражданского общества, поощрять их включить в свою работу оказание помощи при туберкулезе в общине и расширять сеть учреждений, участвующих в деятельности по оказанию помощи при туберкулезе и профилактике. Кроме того, гражданское общество должно участвовать в разработке политики и планировании, а также в периодическом мониторинге осуществления программ.

*58. Увеличение масштабов смешанных государственно-частных подходов и содействие применению Международных стандартов оказания медицинской помощи больным туберкулезом.* Во многих странах противотуберкулезная помощь оказывается различными частными провайдерами медицинской помощи. Они включают фармацевтов, официальных и неофициальных практиков, неправительственные и религиозные организации, а также корпоративные учреждения здравоохранения. Противотуберкулезную помощь оказывают также некоторые провайдеры государственного сектора, находящиеся за пределами сферы действия национальных противотуберкулезных программ. Они включают крупные государственные больницы, организации социального обеспечения, тюремные медицинские службы, военные медицинские службы и т.д. Тот факт, что значительная часть провайдеров помощи остается за пределами организованных мер борьбы против туберкулеза, способствовал замедлению уведомления о случаях заболевания, ненадлежащему ведению больных туберкулезом и нерациональному использованию противотуберкулезных лекарств, что вело к распространению лекарственно-устойчивого туберкулеза. Национальным противотуберкулезным программам необходимо расширить использование смешанных государственно-частных подходов, специфичных для каждой страны и уже хорошо работающих во многих странах.

В этих целях важное значение будет иметь тесное сотрудничество с ассоциациями профессиональных работников здравоохранения. Для этого можно эффективным образом использовать *Международные стандарты оказания медицинской помощи больным туберкулезом*, другие средства и руководящие принципы, разработанные ВОЗ, а также современные платформы информационной и коммуникационной технологии.

**Политика всеобщего охвата услугами здравоохранения и нормативная база для уведомления о случаях заболевания, регистрации актов гражданского состояния, обеспечения качества и рационального использования лекарственных средств, а также инфекционного контроля**

59. **Переход от неотложной помощи ко всеобщему охвату услугами здравоохранения.** Всеобщий охват услугами здравоохранения, определяемый как «ситуация, при которой все люди могут пользоваться качественными услугами здравоохранения, в которых они нуждаются, и не страдают от финансового бремени в результате их оплаты», является фундаментальным для эффективной противотуберкулезной помощи и профилактики. Всеобщий охват услугами здравоохранения достигается посредством адекватного, справедливого и устойчивого финансирования предоплаты медицинской помощи при полном географическом охвате в сочетании с эффективным обеспечением качества услуг, мониторингом оценкой. Конкретно для туберкулеза это подразумевает: (а) расширение доступа к полному диапазону высококачественных услуг, рекомендованных в этой стратегии, в качестве части общих услуг здравоохранения; (б) расширение покрытия, включая расходы на консультации и тестирование, лекарства, последующие тесты и все расходы, связанные с полными лечебными или профилактическими мерами; и (с) расширение доступа к услугам всех, кто в них нуждается, особенно уязвимых групп, сталкивающихся с труднопреодолимыми препятствиями и имеющих наихудшие результаты в отношении здоровья.

60. **Укрепление нормативной базы.** Национальная политика и нормативная база для финансирования медицинской помощи и доступа к ней, производства и использования лекарственных и диагностических средств гарантированного качества, услуг здравоохранения гарантированного качества, инфекционного контроля, регистрации актов гражданского состояния и систем эпиднадзора за болезнями являются сильными рычагами, имеющими важное значение для эффективной противотуберкулезной помощи и профилактики. В странах с высоким бременем туберкулеза необходимо срочно укрепить и усилить эту базу. Проект стратегии призывает добиться улучшений в ряде областей, изложенных ниже.

61. **Принятие обязательного уведомления о случаях заболевания туберкулезом.** Уведомление о многих случаях заболевания туберкулезом не делается, особенно о тех, лечение которых проводят частные провайдеры, не связанные с национальными противотуберкулезными программами. Недоуведомление о случаях заболевания препятствует эпиднадзору за болезнью, расследованию контактов, борьбе со вспышками и инфекционному контролю. Важное значение имеет эффективное применение закона об инфекционных болезнях, или аналогичного закона, который

включает обязательное уведомление о случаях заболевания туберкулезом всеми провайдером медицинской помощи.

**62. Обеспечение регистрации случаев смерти от туберкулеза в системе записи актов гражданского состояния.** Большинство стран с высоким бременем туберкулеза не имеют всеобъемлющих систем записи актов гражданского состояния, и качество информации о количестве случаев смерти от туберкулеза часто является неадекватным. Должна существовать эффективная система записи актов гражданского состояния, которая обеспечит надлежащую регистрацию каждого случая смерти от туберкулеза.

**63. Регулирование производства, качества и использования противотуберкулезных диагностических и лекарственных средств.** Низкое качество противотуберкулезных лекарств подвергает больных высокому риску. Нерациональное назначение схем лечения ведет к плохим результатам лечения и может вызвать устойчивость к лекарственным средствам. Применение ненадлежащих диагностических средств, таких как серологические тесты, ведет к неточному диагнозу. Регулирование и адекватные ресурсы для обеспечения применения необходимы для регистрации, импорта и производства изделий медицинского назначения. Должно существовать регулирование того, как субсидируются изделия медицинского назначения, и определение того, каким видам профессиональных работников разрешается назначать или выдавать противотуберкулезные препараты.

**64. Осуществление всесторонних мер инфекционного контроля.** Надлежащее регулирование необходимо для осуществления эффективного инфекционного контроля в службах медико-санитарной помощи и в других учреждениях, в которых риск передачи болезни является высоким. Управленческие, административные, экологические и кадровые меры инфекционного контроля должны быть частью закона об инфекционных болезнях и нормативных положений, касающихся строительства и организации работы медицинских учреждений.

### **Социальная защита, борьба с бедностью и воздействие на другие детерминанты туберкулеза**

**65. Уменьшение экономического бремени, связанного с туберкулезом.** Значительная доля больных туберкулезом сталкивается с катастрофическим экономическим бременем из-за прямых и косвенных расходов, связанных с болезнью и медицинской помощью. Неблагоприятные социальные последствия могут включать стигматизацию и социальную изоляцию, прекращение учебы, потерю работы или развод. Отрицательные последствия часто испытывают семьи больных туберкулезом. Даже если диагностика и лечение туберкулеза предоставляются бесплатно, необходимы меры социальной защиты, чтобы облегчить бремя потери дохода и немедицинских расходов обращения за помощью и продолжения получения помощи.

**66. Расширение охвата социальной защиты.** Социальная защита должна охватывать потребности, связанные с туберкулезом, такие как: (а) схемы для компенсации финансового бремени, связанного с заболеванием, например страхование от болезней, пенсии по инвалидности, выплаты по социальному обеспечению, другие

денежные переводы, ваучеры или продовольственные пакеты; (b) законодательство для защиты людей с туберкулезом от дискриминации, такой как увольнение с работы, исключение из учебного или медицинского учреждения, транспортной системы или жилища; и (c) документы для защиты и укрепления прав человека, включая преодоление стигматизации и дискриминации, обращая особое внимание на гендер, этническую принадлежность и защиту уязвимых групп. Такие документы должны включать создание в пораженных общинах потенциала для выражения своих потребностей и защиты своих прав и призыв к подотчетности тех, кто нарушает права человека, и тех, кто отвечает за защиту этих прав.

**67. Борьба с бедностью и связанными с ней факторами риска.** Бедность является сильным детерминантом туберкулеза. Перенаселенные и плохо проветриваемые жилищные и рабочие условия, часто связанные с бедностью, представляют собой непосредственные факторы риска для передачи туберкулеза. Недостаточность питания является важным фактором риска развития активного заболевания. Бедность также связана с плохими общими знаниями о здоровье и отсутствием полномочий для воздействия на знания о здоровье, что приводит к возможности воздействия ряда факторов риска туберкулеза. Уменьшение бедности снижает риск передачи туберкулеза и риск перехода от инфекции к заболеванию. Оно также помогает улучшить доступ к службам здравоохранения и соблюдение рекомендованного лечения.

**68. Продолжение применения подходов, основанных на «учете вопросов здоровья во всех направлениях политики».** Воздействие на детерминанты плохого здоровья с помощью подходов, основанных на учете вопросов здоровья во всех направлениях политики, даст огромные преимущества оказанию противотуберкулезной помощи и профилактике. Такие действия включают, например: (a) продолжение применения основных стратегий уменьшения бедности и расширение социальной защиты; (b) улучшение жилищных и рабочих условий и уменьшение отсутствия продовольственной безопасности; (c) привлечение различных заинтересованных сторон, включая общины, пострадавшие от туберкулеза, к выявлению вероятных социальных детерминантов туберкулеза на местах; и (d) предотвращение прямых факторов риска туберкулеза, включая курение и вредное употребление алкоголя и наркотиков, и содействие здоровому питанию, а также надлежащая клиническая помощь для медицинских состояний, увеличивающих риск туберкулеза, таких как диабет.

### **ТРЕТИЙ БАЗОВЫЙ ЭЛЕМЕНТ: ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИННОВАЦИИ**

**69. Увеличение инвестиций в исследования.** Прогрессу в глобальной борьбе с туберкулезом препятствуют не только отсутствие новых средств для лучшего выявления, лечения или предупреждения туберкулеза, но и слабости систем здравоохранения в предоставлении оптимальной диагностики и лечения с помощью имеющихся средств. Прекращение туберкулезной эпидемии потребует существенных инвестиций в разработку новых диагностических, лечебных и профилактических средств и их оптимальное использование в странах, наряду с лучшим и более широким

использованием существующих технологий. Это станет возможным только с помощью увеличения инвестиций и эффективного участия партнеров, исследовательского сообщества и противотуберкулезных программ в странах.

**70. Проведение исследований для ликвидации туберкулеза.** Для ликвидации туберкулеза необходимы новые революционные технологии и модели оказания услуг. Это потребует интенсификации всех исследований – от фундаментальных исследований в области инноваций для улучшенных диагностических средств, лекарств и вакцин до операционных исследований и исследований систем здравоохранения для улучшения нынешней программной эффективности и внедрения новых стратегий и практических мер, основанных на новых инструментах. Для того чтобы подчеркнуть необходимость в усиленных исследованиях туберкулеза и стимулировать дальнейшие усилия, была разработана Международная дорожная карта по исследованиям в области туберкулеза. В этом документе изложены приоритетные области будущих научных инвестиций в континууме всех исследований. Он обеспечивает рамки для исследований, ориентированных на результаты. Кроме того, необходимо будет изучить усилия, предпринятые в различных областях исследований, чтобы контролировать достигнутый прогресс. Проведение исследований для ликвидации туберкулеза потребует многомерного подхода, основанного на информации, полученной от заинтересованных сторон, включая ученых, экспертов общественного здравоохранения, руководителей противотуберкулезных программ, финансовых партнеров, политиков и представителей гражданского общества. Основанный на клинических и программных потребностях, такой подход должен не только помочь провести исследования, ориентированные на потребности общественного здравоохранения, но и будет способствовать бесперебойному включению в существующие программы. Важно, чтобы туберкулез стал ключевой областью исследований в рамках национальных повесток дня исследований в области здравоохранения.

### **Открытие, разработка и быстрое внедрение новых средств, практических мер и стратегий**

**71. Разработка теста для быстрой диагностики туберкулеза и применения в месте оказания помощи.** С 2007 г. ВОЗ были одобрены несколько новых тестов и диагностических подходов, включая: использование жидкой культуры с быстрой идентификацией в качестве стандартного эталона для бактериологического подтверждения; молекулярный типоспецифический зонд для быстрого выявления туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью; некоммерческие методы культивирования и тестирования устойчивости к лекарственным препаратам; светодиодные флуоресцентные микроскопы; систему «Xpert MTB/RIF» для быстрой диагностики туберкулеза и устойчивого к рифампицину туберкулеза. Однако по-прежнему не хватает точного и быстрого теста для использования в месте оказания помощи, который можно было бы применять в полевых условиях. Это требует больших инвестиций в исследование биомаркеров и преодоления технических трудностей при преобразовании сложных лабораторных технологий в прочные и точные платформы для использования в местах оказания помощи.

72. **Разработка новых лекарств и схем для лечения всех форм туберкулеза.** За последнее десятилетие разработка новых лекарств значительно расширилась. Почти дюжина новых или видоизмененных противотуберкулезных препаратов находятся на стадии клинических испытаний. Бедакилин – первый за несколько десятилетий новый противотуберкулезный препарат – был одобрен ВОЗ в 2013 г. для лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Новые схемы включили новые или видоизмененные лекарства; изучаются адъювантные или поддерживающие терапии, и первые результаты являются обнадеживающими. Для обеспечения дальнейшего прогресса необходимы инвестиции как в исследования, так и в создание потенциала для проведения испытаний в соответствии с международными стандартами и для определения возможностей сокращения сроков испытания противотуберкулезных препаратов.

73. **Укрепление исследований для выявления и лечения латентной инфекции.** Согласно оценкам, во всем мире более 2000 миллионов человек инфицированы *Mycobacterium tuberculosis*, но только у 5%-15% в течение их жизни разовьется активная болезнь. Прекращение эпидемии туберкулеза потребует ликвидации этого резервуара инфекции. Необходимы исследования для разработки новых диагностических тестов и выявления людей с латентной туберкулезной инфекцией, у которых, вероятно, разовьется туберкулез. Кроме того, необходимо будет также определить стратегии лечения, которые можно будет безопасным образом применять для предупреждения развития туберкулеза у латентно инфицированных людей. Эти стратегии должны включать новые лекарственные препараты или их комбинации, а также практические вмешательства, направленные на выявление и ослабление факторов риска развития болезни. Дальнейшие исследования потребуются для изучения воздействия и безопасности целевых и массовых профилактических стратегий.

74. **Стремление к созданию эффективной противотуберкулезной вакцины.** Созданная более ста лет назад вакцина БЦЖ является полезной для защиты от острых форм туберкулеза у детей грудного и раннего возраста, но она имеет ограниченную эффективность против других форм туберкулеза. Значительный прогресс достигнут в разработке новых вакцин; в настоящее время 12 вакцин-кандидатов проходят клинические испытания. Необходимо больше теоретических и практических исследований для решения ряда крупных научных задач и установления приоритетов в будущих исследованиях противотуберкулезных вакцин. Постконтактная вакцина, которая предотвращает развитие болезни у латентно инфицированных людей, будет иметь важное значение для ликвидации туберкулеза в обозримом будущем.

#### **Исследования для оптимизации осуществления и воздействия; содействие инновациям**

75. **Инвестиции в прикладные исследования.** Инвестиции в фундаментальные исследования должны быть дополнены инвестициями в прикладные исследования, которые способствуют быстрому принятию, адаптации и осуществлению политики, основанной на фактических данных. Исследования, направленные на улучшение понимания задач, и разработка практических мер, которые приводят к улучшенной

политике, лучшей организации и работе систем здравоохранения, а также к более эффективным методам оказания услуг, являются чрезвычайно важными для получения фактической информации, направленной на улучшение принятых стратегий и внедрения новых средств. Исследования также необходимы для выявления и преодоления узких мест в реализации существующей и новой политики и получения фактических данных о тенденциях среди больных и в системах здравоохранения.

**76. Использование исследований для информирования и улучшения осуществления.** Большинство инноваций не могут быть преобразованы в эффективные действия на местах без тщательного планирования и приспособления, а также без партнерства с заинтересованными сторонами. Помимо систематического эпиднадзора, необходимы хорошо спланированные и правильно проведенные исследования, предназначенные для оценки эпидемиологических ситуаций и состояния систем здравоохранения на национальном и местном уровнях, социально-поведенческих аспектов обращения за медицинской помощью, соблюдения схем лечения, стигматизации и дискриминации и для оценки различных моделей осуществления.

**77. Формирование среды, благоприятствующей исследованиям.** Содействие лучшим и более соответствующим оперативным исследованиям, исследованиям систем здравоохранения и социальным исследованиям поможет в осуществлении и будет содействовать разработке национальной и глобальной политики. Для этой цели необходимо создать на страновом уровне хорошие системы для приоритизации, планирования и проведения исследований. Показатели для измерения прогресса должны включать инвестиции в достижение конечных результатов, а также в воздействие исследовательской деятельности. Широкие и согласованные усилия необходимы для развития исследовательского потенциала, распределения выделенных ресурсов и поощрения заинтересованных сторон к совместной работе. Среда, способствующая осуществлению необходимых для программ исследований и преобразованию результатов в политику и практику, является необходимой для достижения полного потенциала программ борьбы с туберкулезом.

## **АДАПТАЦИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ**

### **Начало и поддержание стратегического диалога**

**78. Привлечение всех заинтересованных сторон к принятию и адаптации стратегии.** Первым шагом государств-членов в адаптации и реализации стратегии будет проведение широких национальных консультаций с самыми разнообразными заинтересованными сторонами, включая общины, наиболее пострадавшие от туберкулеза, для рассмотрения, принятия и подготовки к адаптации стратегии. Полное применение глобальной стратегии может оказаться неадекватным, если она не будет соответствующим образом отвечать на оценку местных потребностей, вытекающих из характера туберкулезной эпидемии, контекста системы здравоохранения, социально-экономической повестки дня развития и четко выраженных потребностей населения, подвергающегося риску. Кроме того, она должна основываться на возможностях систем здравоохранения и партнеров.

79. **Использование многодисциплинарного подхода.** Реальное осуществление этой стратегии потребует участия многих сторон и разделения обязанностей между ними. Охват деятельности существующих консультативных групп по туберкулезу необходимо будет расширить за пределы клинического, эпидемиологического опыта и опыта в области общественного здравоохранения. Потребуется включить более широкий диапазон возможностей из гражданского общества, из таких областей, как финансы и политика развития, права человека социальная защита, регулирование, оценка технологий здравоохранения, социальные науки и коммуникации. Работа по приспособлению новой глобальной стратегии борьбы с туберкулезом к национальному контексту может быть дополнительной по отношению к общенациональному стратегическому планированию, но потребует значительных и конкретных усилий.

80. **Подготовка к разработке нового стратегического плана.** Страны используют различные циклы планирования в области развития. Существующие стратегические и оперативные планы могут потребовать модификации на основе любых новых подходов. Подробные национальные стратегические планы являются также важными для мобилизации финансирования из внутренних и международных источников. Разработка новых национальных стратегических планов или внесение изменений в существующие должны учитывать рекомендованную концептуальную основу нового проекта стратегии.

### **Оценка ситуации в областях эпидемиологии и систем здравоохранения**

81. **Проведение подробной оценки эпидемиологического контекста и контекста общественного здравоохранения.** Предпосылкой для принятия стратегии и подготовки ее адаптации будет подробная оценка национальной эпидемиологической ситуации и ситуации в системе здравоохранения. Надлежащая оценка должна дать важную информацию, такую как группы населения, наиболее пораженные этой болезнью и наиболее подвергающиеся риску этой болезни; возрастно-половые характеристики и тенденции; распространенность различных форм туберкулеза и преобладающие коморбидности, включая ВИЧ, недостаточность питания, диабет, употребление табака и вредное употребление алкоголя; важные субнациональные различия и различия между городскими и сельскими районами; распределение и виды провайдеров помощи; существующие системы социальной защиты и их текущие и потенциальные связи, которые могут быть использованы для оказания помощи при туберкулезе и профилактики.

82. **Сбор и использование данных для улучшения оценки систем.** Некоторая информация для оценки контекста может быть получена из рутинной отчетности, а в некоторых странах – из результатов национальных и региональных обследований распространенности туберкулеза. Другую необходимую информацию, возможно, придется получить посредством рассмотрения периодических оценок национальных программ, оценок на местах и проводимых на местах количественных и качественных исследований. С этой целью странам необходимо обеспечить возможности для создания информационной системы, которая будет осуществлять мониторинг характеристик туберкулезной эпидемии, и надлежащим образом использовать на всех уровнях данные, полученные этой системой.

## ИЗМЕРЕНИЕ ПРОГРЕССА И ВОЗДЕЙСТВИЯ

83. Постановка целевых заданий и мониторинг прогресса в осуществлении каждого компонента глобальной стратегии имеют чрезвычайно важное значение. Мониторинг должен проводиться регулярно с помощью стандартных методов, основанных на данных, имеющих документально подтвержденное качество. В Таблице 2 приводятся примеры показателей, которые могут быть использованы для мониторинга прогресса в осуществлении различных компонентов и подкомпонентов этой стратегии. Основными показателями бремени болезни являются заболеваемость, распространенность и смертность. Учитывая самые общие целевые задания проекта стратегии на 2025 г., необходимо обратить особое внимание на измерение тенденций в смертности и заболеваемости.

84. Данные о смертности являются важными для того, чтобы дать возможность приоритизировать практические меры общественного здравоохранения и измерить достигнутый прогресс в борьбе с болезнями и в общих показателях здоровья населения, включая неравенства в отношении здоровья. Сильная национальная система записи актов гражданского состояния, включающая регистрацию данных о причинах смерти, является важной для измерения тенденций в смертности из-за туберкулеза. Данные записи актов гражданского состояния могут быть также использованы для выявления подгрупп населения с более высокой смертностью по сравнению с коэффициентами, полученными в результате уведомления, и принятия целенаправленных мер. Качество таких данных документально подтверждается на глобальном уровне ВОЗ<sup>1</sup>, и для учета неполноты охвата или неправильной кодировки можно использовать статистические методы. Странам, уже имеющим системы записи актов гражданского состояния, необходимо обеспечить, чтобы данные были достаточного качества, а странам, не имеющим таких систем, необходимо внедрить их. Промежуточным решением, которое принимают все большее число стран, является внедрение пробной системы записи актов гражданского состояния.

85. Считается, что заболеваемость в мире медленно снижается – темпами приблизительно 2% в год. Поставленные на 2025 г. и 2050 г. целевые показатели означают, что в период после 2015 г. потребуются обратное пристальное внимание на то, как быстро падает заболеваемость. В странах с высоким уровнем дохода и высокоэффективными эпиднадзором за туберкулезом и системами здравоохранения уведомление о случаях заболевания охватывает все, или почти все, случаи заболевания. Однако в других странах рутинное уведомление о случаях предоставляет искаженные данные из-за неполной диагностики (случаи не диагностируются) и неполного уведомления (случаи диагностируются практическими работниками здравоохранения, но не сообщаются органам общественного здравоохранения). В таких местах для оценки заболеваемости туберкулезом могут использоваться инвентарные исследования и моделирование методом двойного охвата.

---

<sup>1</sup> Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(3):171-7.

86. Точное измерение тенденций в заболеваемости туберкулезом требует повышения эффективности систем эпиднадзора за туберкулезом, с тем чтобы они охватывали всех провайдеров медицинской помощи и сводили к минимуму неполную отчетность. ВОЗ разработала перечень вопросов для эпиднадзора за туберкулезом «стандарты и промежуточные показатели для систем эпиднадзора за туберкулезом и записей актов гражданского состояния» для оценки способности национальной системы эпиднадзора за туберкулезом точно измерять число случаев туберкулеза. Этот контрольный перечень определяет 10 стандартов, которым должен удовлетворять эпиднадзор, чтобы уведомления и данные записей актов гражданского состояния считались непосредственным измерением заболеваемости туберкулезом и смерти от туберкулеза, соответственно. Страны, которые удовлетворяют всем стандартам, могут быть сертифицированы как имеющие надлежащую систему эпиднадзора. Контрольный перечень ВОЗ следует использовать для постепенного улучшения эпиднадзора за туберкулезом в сторону конечной цели – измерения тенденций в случаях заболевания туберкулезом непосредственно на основе данных уведомления во всех странах.

87. Распространенность туберкулеза является очень полезным показателем бремени туберкулеза<sup>1</sup>. Он непосредственно измеряется в ходе популяционных обследований. Обследования распространенности дают также информацию о том, что является полезным для улучшения политики, особенно в отношении доступа к охране здоровья и диагностике туберкулеза. Измерение распространенности туберкулеза с помощью общенациональных обследований не везде осуществимо. Общенациональные обследования распространенности туберкулеза являются важными для мест с высоким бременем туберкулеза и будут особенно подходящими и полезными для непосредственного измерения воздействия в странах, которые будут проводить основные или повторные обследования к 2015 году. Целевая группа ВОЗ по измерению воздействия ТБ установила критерии для приоритизации обследований распространенности на страновом уровне и работает со странами и другими партнерами над оказанием поддержки в проведении и анализе обследований. Целевая группа внимательно контролирует проведение всех обследований, чтобы обеспечить международную сопоставимость посредством применения рекомендованных ВОЗ методов и стандартов. Целевая группа также оценивает прогресс в достижении целевых показателей по сокращению распространенности.

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Tuberculosis prevalence surveys: a handbook. Geneva 2011.  
[http://www.who.int/tb/advisory\\_bodies/impact\\_measurement\\_taskforce/resources\\_documents/thelimebook/en/index.html](http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/resources_documents/thelimebook/en/index.html).

**Таблица 2. Иллюстративный перечень ключевых глобальных показателей для проекта глобальной стратегии борьбы с туберкулезом на период после 2015 г.**

<b>КОМПОНЕНТ</b>	<b>ИЛЛЮСТРАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ</b>
<b>ПЕРВЫЙ БАЗОВЫЙ ЭЛЕМЕНТ: КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ И ПРОФИЛАКТИКА, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ПАЦИЕНТА</b>	
<b>А. Ранняя диагностика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % людей с подозреваемым туберкулезом, прошедших тестирование с помощью рекомендованных ВОЗ средств быстрой диагностики</li> <li>– % людей с подозреваемым туберкулезом, прошедших тестирование с помощью рекомендованных ВОЗ средств быстрой диагностики</li> <li>– % соответствующих индексных случаев туберкулеза, для которых было предпринято расследование контактов</li> </ul>
<b>В. Лечение</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Показатель эффективности лечения туберкулеза</li> <li>– % больных лекарственно устойчивым туберкулезом, начавших лечение второго ряда</li> </ul>
<b>С. ТБ/ВИЧ и коморбидности</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % больных туберкулезом, обследованных на ВИЧ</li> <li>– % ВИЧ-позитивных больных туберкулезом, проходящих антиретровирусную терапию</li> </ul>
<b>Д. Профилактическое лечение</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % соответствующих людей с ВИЧ и детей в возрасте до пяти лет, имевших контакты с туберкулезными больными и проходящих лечение латентной туберкулезной инфекции</li> </ul>
<b>ВТОРОЙ БАЗОВЫЙ ЭЛЕМЕНТ: СИЛЬНАЯ ПОЛИТИКА И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ СИСТЕМЫ</b>	
<b>А. Приверженность правительства</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % годового бюджета, определенного в национальных стратегических планах борьбы с туберкулезом, имеющего финансирование</li> </ul>
<b>В. Участие общин и провайдеров</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % диагностированных случаев туберкулеза, о которых поступили уведомления</li> </ul>
<b>С. Всеобщий охват услугами здравоохранения и принципы регулирования</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % людей, не испытывающих катастрофические расходы на здоровье</li> <li>– % стран с сертифицированной системой эпиднадзора за туберкулезом</li> </ul>
<b>Д. Социальная защита, социальные детерминанты</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % пострадавших семей, сталкивающихся с катастрофическими расходами из-за туберкулеза</li> <li>– % людей, не имеющих недостаточности питания</li> </ul>
<b>ТРЕТИЙ БАЗОВЫЙ ЭЛЕМЕНТ: ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИННОВАЦИИ</b>	
<b>А. Открытие</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % желательного количества кандидатов для участия в разработке новых диагностических средств, лекарств и вакцин для туберкулеза</li> </ul>
<b>В. Осуществление</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % стран, внедряющих и расширяющих применение новых диагностических средств, лекарств или вакцин</li> </ul>

## **РОЛЬ СЕКРЕТАРИАТА ВОЗ**

88. Секретариат ВОЗ на всех уровнях Организации будет оказывать поддержку государствам-членам в рассмотрении, принятии, адаптации и осуществлении их

противотуберкулезных стратегий на период после 2015 г., основываясь на принципах, изложенных в проекте стратегии. ВОЗ будет использовать свои сравнительные преимущества в областях основных функций, изложенные ниже, и использовать Стратегическую и техническую консультативную группу по туберкулезу и региональные консультативные органы, а также руководящие органы Организации для руководства, поддержки и оценки своей работы.

89. ВОЗ продолжит разрабатывать политику и устанавливать нормы, основываясь на разнообразных имеющихся и будущих руководящих документах по туберкулезу. Секретариат обеспечит стратегическое руководство и технические средства, необходимые для адаптации и реализации стратегии в различных условиях стран. Эти технические средства необходимо будет пересматривать по мере появления дальнейшей информации об эффективных подходах и наилучшей практике. Периодически будет возникать необходимость в руководящих принципах использования новых противотуберкулезных диагностических средств, методов тестирования на лекарственную устойчивость и новых схем лечения, по мере их появления. ВОЗ будет работать с партнерами над стимулированием дальнейшего получения фактических данных и составления политических рекомендаций в отношении того, как национальные противотуберкулезные программы могут участвовать в осуществлении повесток дня в области развития для воздействия на социальные детерминанты туберкулеза.

90. Для того чтобы данная стратегия могла оказать быстрое воздействие и обеспечить поддержку для государств-членов, Секретариат будет продолжать выполнять свою основную функцию по координации технической поддержки. Он продолжит стимулировать вклады со стороны партнеров на глобальном, национальном и местном уровнях. Механизм оказания технической помощи для борьбы с туберкулезом (ТВТЕАМ), работающий под управлением ВОЗ, помогает облегчить и мобилизовать финансирование для технической помощи посредством формирования партнерских отношений с крупными учреждениями по развитию. Пробелы в техническом опыте различных вспомогательных учреждений должны быть заполнены посредством сотрудничества с экспертами, работающими в отдельных областях глобального здравоохранения, помимо туберкулеза, а также путем привлечения большего числа молодых специалистов в эту область.

91. ВОЗ продолжит усиливать свою руководящую роль в формировании глобального спроса на исследования, устанавливая приоритеты в потребностях исследований туберкулеза и поддерживая вместе с партнерами эффективное проведение исследований для информирования разработки и осуществления глобальной и национальной стратегии и политики. Это потребует дальнейшей работы с учеными, работающими в различных областях, эпидемиологами, инноваторами в государственных, частных и академических учреждениях, а также с людьми, страдающими от туберкулеза. Это также означает, что национальным противотуберкулезным программам необходимо будет работать с партнерами в академических кругах и соответствующими исследовательскими институтами, партнерствами государственных учреждений, сосредоточенными на научных исследованиях, а также с государственно-частными партнерствами.

92. ВОЗ будет содействовать эффективным партнерствам для поддержки работы, предложенной в трех базовых элементах нового проекта стратегии. Такая партнерская работа направлена на оказание поддержки государствам-членам в достижении всеобщего доступа к оказанию помощи при туберкулезе и профилактике, а также в достижении уязвимых групп населения и общин, наиболее пострадавших от туберкулезной эпидемии во всем мире. ВОЗ будет работать с Партнерством «Остановить ТБ» и устанавливать новые партнерские связи, которые могут усилить эффективную приверженность и инновации в элементах стратегии, не определяемых сектором здравоохранения.

93. Начало осуществления Стратегии ВОЗ «Остановить ТБ» на 2016-2015 гг. привело к ее быстрому преобразованию во всесторонний, имеющий калькуляцию расходов глобальный план действий, который был разработан Партнерством «Остановить ТБ», принимаемым и руководимым ВОЗ. Подобно этому, для проекта глобальной стратегии борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. ВОЗ будет активно поддерживать разработку Партнерством «Остановить ТБ» глобального плана инвестиций, излагающего мероприятия и определяющего потребности в финансировании для выполнения перспективных целевых заданий и достижения в то же время контрольных промежуточных показателей. ВОЗ будет работать в тесной связи с Партнерством «Остановить ТБ» и будет содействовать разработке глобального плана действий и инвестиций для руководства усилиями в период после 2015 г., направленными на оказание помощи при туберкулезе и профилактику посредством предоставления необходимого стратегического, научного и технического вклада.

#### **ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА**

94. Исполкому предлагается рассмотреть проект глобальной стратегии борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. и целевые показатели.

= = =